

GONARTHROSE EN CONSULTATION RHUMATOLOGIQUE A LOME (TOGO)

Osteoarthritis of the knee in hospital outpatients in Lomé (Togo).

Oniankitan O, Fianyo E, Mijiyawa M

Adresse pour correspondance et tirés à part : Moustafa Mijiyawa, Service de rhumatologie. CHU- Tokoin de Lomé. Togo, BP 80627 Lomé Togo. Tel : 00228 9014382 Fax : 00228 2218595 . mijiyawa@tg.refer.org

Résumé

Objectif et méthodes : Une étude rétrospective sur dossiers a été menée afin de déterminer la fréquence et le profil sémiologique de la gonarthrose au cours d'une consultation rhumatologique à Lomé (Togo).

Résultats : 993 des 12251 consultants de rhumatologie examinés en 15 ans (8%) souffraient d'une gonarthrose répondant aux critères de l'ACR. La gonarthrose a affecté 844 femmes (85%) et 149 hommes (15%). L'âge moyen au début de la maladie était de 51 ans. La durée moyenne d'évolution de celle-ci était de 4 ans. L'atteinte était unilatérale chez 470 patients (47%) et bilatérale chez les 523 autres (53%). La symptomatologie était dominée par une douleur d'horaire mécanique (923 patients, 93%) et une réduction du périmètre de marche (251 patients, 25%). L'arthrose était fémorotibiale interne chez 493 patients, fémorotibiale externe chez 223 patients, fémoropatellaire chez 42 patients, et à la fois fémorotibiale et fémoropatellaire chez 235 patients. 764 des 993 (77%) patients souffrant d'arthrose du genou étaient obèses (699 femmes : 82,8%) et 729 (73,4%) avaient des déformations en varus et/ou en valgus.

Conclusion : Cette étude témoigne de la fréquence élevée de l'arthrose fémorotibiale en Afrique Noire. Le sexe féminin, l'obésité et les déformations en valgus et en varus constituent les principaux facteurs favorisants de l'arthrose fémorotibiale en Afrique Noire.

Mots clés : Arthrose -Afrique Noire - Togo.

Summary

Objective and Methods : Medical records of patients seen at the Lomé Teaching Hospital rheumatology unit (Togo) were studied retrospectively to determine the frequency and semiological characteristics of osteoarthritis of knee.

Results : Among the 12251 patients seen, 993 (8%, 844 women and 149 men) had osteoarthritis of the knee responding to ACR criteria. Mean age at onset was 51 years and mean duration of osteoarthritis of the knee was four years. The osteoarthritis affected one joint in 470 patients (47%) and two joints in 523 others patients (53%). Mechanic pain (923 patients, 93%) and claudication 251 patients, 25%) were the frequent symptoms. At the knee, the lesions involved the medial femorotibial compartment in 493 patients, the lateral femorotibial compartment in 223 patients, the patellofemoral compartment in 42 patients, and the femorotibial and patellofemoral compartment in 235 patients. 764 of 993 patients (77%) with knee osteoarthritis were obese (femmes : 699, 82,8%) and 729 had varus and/or valgus (73,4%).

Conclusion : This study confirms the high prevalence of osteoarthritis of the knee in black Africa. Female sex, obesity, and varus or valgus deformities are the main risk factors for femorotibial osteoarthritis in black Africa.

Key words : Osteoarthritis - Black Africa - Togo.

L'arthrose est la plus fréquente des arthropathies [1,2]. Des études ont établi que la prévalence de l'arthrose varie selon le sexe, la race, l'âge et la famille [1-5]. Ainsi, la maladie paraît moins fréquente en Chine, en Inde et au Japon qu'en Occident. L'arthrose est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais seulement après la ménopause. Les études qui lui ont été consacrées en Afrique noire ont permis d'établir que la maladie est fréquente. Le genou est le deuxième siège de l'arthrose après le rachis [6-9]. Cependant, ces études ont porté plus souvent sur de petits échantillons. Notre étude a eu pour but de déterminer dans une large population de rhumatisants, le profil sémiologique et la part respective des différentes formes topographiques de la gonarthrose au cours d'une consultation rhumatologique à Lomé.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude sur dossiers, menée d'octobre 1989 à octobre 2004 dans le service de rhumatologie du centre hospitalier et universitaire de Lomé-Tokoin. Ce service de 25 lits avec un taux d'occupation d'environ 75% accueille en moyenne un millier de consultants chaque année. Le centre hospitalier et universitaire de Lomé-Tokoin est la plus grande formation sanitaire du Togo. Ce centre de 983 lits accueille en moyenne 50774 consultants par an.

Lomé, capitale du Togo, est une ville d'environ 839000 habitants. Le Togo est un pays de 4 970 000

habitants, situé sur la côte ouest de l'Afrique. L'espérance de vie à la naissance y est de 57,5 ans. Cinquante pour cent des Togolais ont moins de 15 ans. Seulement 5 % des Togolais ont plus de 65 ans. Le taux d'accroissement démographique de la population est de 2,4 %. Le taux brut de mortalité est de 13 pour mille. Le produit national brut par habitant est de 310 dollars américains. La couverture sociale est pratiquement inexistante au Togo. Les coûts directs des maladies sont dans la grande majorité des cas à la charge du patient. Le régime alimentaire du togolais est à base de céréales, de féculents et de viandes.

Ont été inclus dans la présente étude les patients admis en consultation rhumatologique et souffrant d'une gonarthrose répondant aux critères de l'ACR [10]. Les données démographiques, cliniques et para cliniques des patients ont été recueillies à partir de leurs dossiers. Le rapport du poids (kg) sur la taille au carré (m²) nous a permis de calculer l'index de masse corporelle. L'obésité a été définie comme un index de masse corporelle supérieur à 25 kg/m² chez la femme et 27 kg/m² chez l'homme.

RESULTATS

Douze mille deux cent cinquante un patients ont été vus en consultation de rhumatologie d'octobre 1989 à octobre 2004. Neuf cent quatre vingt treize patients (8%) souffraient d'une gonarthrose répondant aux critères de

l'ACR. Ces 993 patients se répartissaient en 844 femmes (85%) et 149 hommes (15%). L'âge moyen au début de la maladie était de 51 ans (extrêmes : 17 et 85 ans). La durée moyenne d'évolution de celle-ci était de quatre ans. L'atteinte était unilatérale chez 470 patients (47,3%) : genou droit 293 patients, genou gauche 177 patients et bilatérale chez les 523 autres (52,7%). La douleur mécanique (923 patients, 92,9%), la douleur inflammatoire (70 patients, 7,1%), la réduction du périmètre de marche (251 patients, 25,3%), et l'hydrarthrose (342 patients, 34,4%) étaient les manifestations observées chez les 993 patients atteints de gonarthrose. L'arthrose était fémorotibiale interne unilatérale chez 117 patients, fémorotibiale interne bilatérale chez 376 patients, fémorotibiale externe unilatérale chez 74 patients, fémorotibiale externe bilatérale chez 149 patients, fémoropatellaire unilatérale chez 17 patients, fémoropatellaire bilatérale chez 25 patients, et à la fois fémorotibiale et fémoropatellaire chez 235 patients (Tableau 1). Aucun facteur de risque n'a été retrouvé chez 28 patients (2,8%). Chacun des 965 autres patients (97,2%) avait au moins un facteur de risque. Le sexe féminin (844 patients, 84,9%), la surcharge pondérale et l'obésité (764 patients, 76,9%), et la déformation en varus et/ou en valgus (729 patients, 73,4 %) ont été les principaux facteurs de risque retrouvés dans cette étude. Un de ces facteurs était présent chez 138 patients (13,9 %), deux de ces facteurs chez 319 patients (32,2 %), et les trois facteurs chez 536 patients (53,9 %). 764 des 993 patients (76,9%) souffrant d'arthrose du genou étaient obèses et 729 (73,4%) avaient des déformations en varus et/ou en valgus. Les déformations en varus et/ou en valgus étaient présentes chez 77,2% des femmes atteintes d'arthrose fémorotibiale (Tableau 2). Des 844 femmes souffrant de gonarthrose 699 étaient obèses (82,8%) et 536 des femmes obèses avaient une déformation en varus et/ou en valgus (63,5%).

L'arthrose fémorotibiale interne était associée à une arthrose fémoropatellaire chez 69 patients (6,9%). L'ostéotomie de valgisation proposée à 119 des 411 patients (28,9%) ayant une déformation en varus en raison de la qualité de l'interligne (dont le pincement était inférieur à 50%) n'a été acceptée que par 11 d'entre eux. L'arthrose fémorotibiale externe était associée à une arthrose fémoropatellaire chez 29 des 223 patients (13%). L'ostéotomie de varisation proposée à 90 des 318 patients (11,9%) ayant une déformation en valgus en raison de la qualité de l'interligne (dont le pincement était inférieur à 50%) n'a été acceptée que par huit d'entre eux. Trois cent quarante deux patients (34,4%) avaient bénéficié d'une infiltration de corticoïde. Le nombre d'infiltration variait entre un et huit suivant la durée de suivi des patients.

DISCUSSION

Cette étude témoigne de l'importante place de la gonarthrose en consultation rhumatologique à Lomé. La gonarthrose a motivé durant les quinze ans de l'étude la consultation de 8% des rhumatisants. Il a affecté essentiellement la femme obèse. L'interprétation rigoureuse des résultats de cette étude impose la prise en compte de ses biais liés essentiellement au mode de recrutement rendant impossible la généralisation de nos

résultats. Il s'est agi d'une étude hospitalière ne concernant que les patients vus dans le seul service de rhumatologie. Or, ce service n'a pas l'exclusivité de la prise en charge des patients atteints de la gonarthrose. En outre, ce n'est pas tous les rhumatisants qui consultent les centres de soins en raison du fréquent recours aux tradipraticiens et des difficultés de prise en charge. Cependant, les insuffisances de notre travail n'en altèrent pas son importance épidémiologique. Cette étude constitue la plus importante série de la gonarthrose rapportée en Afrique sub-saharienne et plaide en faveur de l'extrême fréquence de la gonarthrose en Afrique Noire. A Lomé, la gonarthrose constitue la deuxième localisation de l'arthrose après le rachis en consultation rhumatologique [7, 9]. Les résultats de la présente étude concordent avec ceux des études effectuées en Côte d'Ivoire [11], au Nigeria [6, 12], au Zimbabwe [13, 14], au Congo [8] et en Jamaïque [15]. La gonarthrose a motivé la consultation de 8% de nos malades. Adebajo [6] au cours d'une consultation hospitalière au Nigeria a observé 66 cas de gonarthrose parmi les 140 patients souffrant d'une pathologie dégénérative. Chez Bilekoto et coll. [8] et Stein et coll. [14], la gonarthrose est présente chez respectivement 5% et 8,5% des consultants de rhumatologie. Dans l'étude de Bremner et coll. portant sur la pathologie dégénérative observée dans une population rurale jamaïcaine, le genou était la deuxième localisation de l'arthrose après le rachis [15].

Trois facteurs majeurs semblent favoriser l'arthrose fémorotibiale à Lomé : le sexe féminin, l'obésité et les déformations en valgus et en varus. L'obésité de nos malades est d'une part liée au régime alimentaire à base de céréales et de féculents et d'autre part à des facteurs socioculturels. En Afrique Noire, l'obésité est encore bien perçue et constitue un signe de bien-être et d'aisance sociale. L'utilité d'un régime amincissant est de ce fait mal perçue. Le rôle de l'obésité dans la survenue de la gonarthrose a été établi en Occident par diverses études. Le lien entre obésité et gonarthrose persiste même après correction de troubles métaboliques associés à l'obésité [1, 2, 5]. La déformation axiale, en particulier le varus, a été l'un des facteurs associés à la gonarthrose. Cette déformation en varus semble fréquente chez la femme africaine dont les normes anatomiques du genou restent à établir. La gonarthrose de nos malades était isolée, et ne s'intégrait pas dans le cadre d'une polyarthrose dont les doigts sont un siège électif [16].

Cette étude témoigne de la fréquence élevée de l'arthrose fémorotibiale en Afrique Noire. Le sexe féminin, l'obésité et les déformations en valgus et en varus constituent les principaux facteurs favorisants de l'arthrose fémorotibiale en Afrique Noire.

RÉFÉRENCES

1. Brian k, Rooney MSc. Silman AJ, Epidemiology of the rheumatic diseases. *Curr Op Rheumatol*, 1999; 11: 91-7.
2. Hochberg MC. Epidemiology and genetics of osteoarthritis. *Curr Op Rheumatol*, 1991, 3: 662-8.
3. Loyau G, Marco M. Facteurs génétiques de l'arthrose. *Presse Méd*, 1991 ; 20 : 55-6.
4. Abyad A, Boyer JT. - Arthritis and aging. *Curr Op Rheumatol*, 1992; 4: 153-9.
5. Anderson JJ, Felson DT. Factors associated with osteoarthritis of the knee in the first health and nutrition examination survey

(NHANES I) : evidence for an association with overweight, race and physical demands of work. *Am J Epidemiol*, 1998; 128: 179-89.

5. Adebajo AO. Pattern of osteoarthritis in a West African teaching hospital. *Ann Rheum Dis*, 1991;50:20-2.

6. Mijiyawa M.A, Djagnikpo AK, Agbanouvi AE, Koumouvi K, Agbeta A. Maladies rhumatismales observées en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Rhum Mal Ostéoartic*, 1991; 58 : 349-54.

7. Bileckot R, Ntsiba H, M'Bongo JA, Masson Ch., Brégeon Ch. Les affections rhumatismales observées en milieu hospitalier au Congo. *Sem Hôp Paris*, 1992 ; 68 : 282-5.

8. Mijiyawa M, Ekoué K. les arthroses des membres en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Rhum [Ed. Fr.]*, 1993; 60 : 514-7.

9. Altman R, Asch E, Bloch D et al - Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum*, 1986 ; 29 : 1039-49.

10. Eti E, Kouakou HB, Daboiko JC et al. Aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques de la gonarthrose en Côte d'Ivoire. *Rev Rhum [Ed Fr]*, 1998 ; 65 : 890-4.

11. Oyemade GAA. Arthropathies in Ibadan. *West Afr J Med*, 1986; 5 : 179-85.

12. Stein M., Davis P. -Rheumatic disorders in Zimbabwe: a prospective analysis of patients attending a rheumatic diseases clinic. *Ann Rheum Dis*, 1990; 49 : 400-2.

13. Stein M, Svoren B, Davis P, Blankenberg B. - A prospective analysis of patients with rheumatic diseases attending referral hospitals in Harare, Zimbabwe. *J Rheumatol*, 1991: 18 : 1841-4.

14. Bremner J.M, Lawrence JS, Miall WE - Degenerative joint disease in Jamaican rural population. *Ann Rheum Dis*, 1968 : 27 : 326-32.

15. Kirwan J.R., Silman A.J. - Epidemiological, sociological and environmental aspects of rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 1987; 1: 467-89

Tableau I : Données démographiques et index de masse corporelle des patients en fonction de la localisation de l'arthrose.

Table I: Demographic data and body mass index in patients with osteoarthritis according to the joints involved.

	Sex-ratio F/H***	Age de début (ans) m ±SD**	Durée de la maladie (ans) m ±SD**	Index de masse corporelle (kg/m ²) m ±SD**
Fémorotibiale interne unilatérale (n* = 117)	2,4	48,1±11,1	3,5±5,8	29,9±6,9
Fémorotibiale interne bilatérale (n* = 376)	6,4	50,5±11,1	3,1±5,4	31,7±6,4
Fémorotibiale externe unilatérale (n* = 74)	6,4	49,4±11,3	4,1±6,2	28,1±5,6
Fémorotibiale externe bilatérale (n* = 149)	9,0	53,6±11,3	4,3±5,3	28,5±6,5

Fémoropatellaire unilatérale (n* = 17)	1,8	44,1±10,2	0,7±0,8	28,4±5,7
Fémoropatellaire bilatérale (n* = 25)	3,2	44,4±12,1	2,8±5,5	28,6±6,4
Fémorotibiale et Fémoropatellaire (n* = 235)	7,7	52,6±10,6	5,1±6,2	31,6±6,9
Total (n* = 993)	5,7	50,9±11,3	4,2±5,7	30,5±6,6

* nombre de cas ** moyenne ± écart-type *** Femme/Homme

Tableau II : Répartition des différentes formes cliniques de la gonarthrose en fonction des facteurs de risque.

Table II: Topographic patterns of osteoarthritis of the knee according to the risk factors.

	AFTI** (493 cas) Nombre (%)	AFTE*** (223 cas) Nombre (%)	AFD**** (42 cas) Nombre (%)	ABC ou ATC***** (235 cas) Nombre (%)
Sexe féminin (n* = 844)	412 (83,6)	198 (88,8)	30 (71,4)	204 (86,8)
Obésité (n* = 764)	399 (80,9)	149 (66,8)	27 (64,3)	189 (80,4)
Déformation du genou (n* = 732)	344 (69,8)	203 (91,1)	03 (7,1)	182 (77,4)
• Genu varum (n* = 411)	320 (64,9)	03 (1,3)	01 (2,4)	77 (32,8)
• Genu valgum (n* = 318)	22 (4,5)	201 (90,1)	7 (16,7)	88 (37,4)
• Genu flessum (n* = 2)	01 (0,2)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (0,4)
• Genu recurvatum (n* = 1)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (0,4)
Antécédent de traumatisme (n* = 44)	26 (5,3)	09 (4,1)	01 (2,4)	08 (3,4)
Antécédent d'infection du genou (n* = 3)	01 (0,2)	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (0,8)

* nombre de cas ** arthrose fémorotibiale interne *** arthrose fémorotibiale externe **** arthrose fémoropatellaire ***** arthrose bi ou tricompartmentale